

Lage des Hauptbrandherdes an der Grenze der Grundstücke schien im speziellen Falle unter Berücksichtigung der örtlichen und räumlichen Verhältnisse im Brandobjekt ein wichtiger Hinweis dafür zu sein, in welchem der beiden Gehöfte der Brandstifter zu suchen bzw. von welchem Grundstück aus der Brand angelegt worden war.

Die Untersuchungen, die den Ausführungen in der Habilitationsschrift Dr. *Specht*, Jena 1936 „Die naturwissenschaftliche Kriminalistik im Dienste der Brandermittelung“ zugrunde liegen, fußen auf folgenden Vorgängen: St.A. Nordhausen 4 Js 195/36 und 4 Js 239/36, St.A. Weimar 7 Js 1064/35 und M. 2 As. 1295/35, St.A. Erfurt 3 Js 60/36.

(Aus dem Allgemeinen Krankenhaus St. Georg in Hamburg.
Leiter: Prof. Dr. *Hegler*.)

Ein Fall von anatomischem Narzismus. (Autocohabitatio in urethram.)

Von

Dr. H. Reuss,

Gerichts-Medizinisches Institut der Universität Hamburg. — Leiter: Phys. Dr. *H. Koopmann*.

Mit Genehmigung von Prof. Dr. *Hegler*.

Mit 2 Textabbildungen.

Geschlechtliche Perversionen spielen für keine medizinische Disziplin die Rolle wie für die Gerichtsmedizin. Wohl jedem Arzt begegnen einmal besonders gelagerte Fälle von Perversionen. Er beobachtet sie, verhält sich aber ihnen gegenüber im übrigen ablehnend und denkt nicht daran, sie etwa zu veröffentlichen.

So erging es mir mit dem zu beschreibenden Fall. Er wurde von mir 1932 in der Anatomie von St. Georg beobachtet. Veranlassung zu seiner Veröffentlichung ist mein im Juli 1934 erfolgter Übertritt von der pathologischen Anatomie zur Gerichtsmedizin, der mich zur Beschäftigung mit sexuellen Perversionen zwang und die Erinnerung an den vorliegenden Fall wachrief.

Es handelt sich um einen 57jährigen hypersexuell veranlagten Psychopathen, der schon seit vielen Jahren abnorme sexuelle Handlungen an sich vorgenommen hatte und bei seiner Krankenhausaufnahme den Klinikern das Bild einer „Penis-Luxation“ bot. Die kompli-

zierte Technik seiner Manipulationen bereitete große diagnostische Schwierigkeiten. Aus der Vorgeschichte des Mannes geht hervor, daß er bereits im Alter von 6 Jahren masturbiert hat, zunächst unter Zuhilfenahme von Grashalmen, später unter Anwendung von Federhaltern und anderen Gegenständen. Er war verheiratet, hatte 4 gesunde Kinder und war Schlachter von Beruf. Er lebte 14 Jahre durch Krieg und Beruf von seiner Ehefrau getrennt und führte in Japan mit 4 Japanerinnen in seinem Haushalt ein ausschweifendes Leben. Homosexuelle, sodomistische und andere perverse Neigungen werden von ihm negiert, ebenso Geschlechtskrankheiten. Seine Ehefrau ließ sich 1929 von ihm



Abb. 1. Trichterförmige Einziehung an der Peniswurzel. Hervortreten des Penis an der vorderen Analkommissur nach künstlicher Perforation des Damms und der Pars membranacea der dilatierten Urethra (vom Pat. selbst verursacht). Vorderansicht.

scheiden, weil sie Anstoß nahm an seinen Anomalien und seinen bis zur Brutalität gesteigerten Ansprüchen. Zu diesem Zeitpunkt ist schon charakteristisch eine beginnende Impotenz, die von seiner Ehefrau nicht unbeobachtet blieb. Er täuschte Orgasmus vor, kam nicht mehr zum Ziel und masturbierte nach nicht zum Abschluß gebrachtem Coitus mehrere Male in der Nacht.

Daß der Patient an sich gewaltsame Handlungen beim Masturbieren vornahm, konnte nach der ständig blutbefleckten Leib- und Bettwäsche angenommen werden, auch wurde er häufiger völlig erschöpft nach solchen Excessen im Bett liegend von seiner Frau vorgefunden.

Im Oktober 1929 kam er zu Fuß ins Krankenhaus, weigerte sich aber dort zunächst, sich zu entkleiden. Bei der Untersuchung primo

adspectu medicus penem ex ano eminentem vidit. Penis in ano sicut in anulo conclusus erat (Abb. 1). An der Peniswurzel fand sich lediglich eine trichterförmige Einziehung, das Membrum selbst war aber an der ungewöhnlichen, vorhin bezeichneten Stelle zu sehen. Die trichterförmige Einziehung erwies sich für einen Finger knapp durchgängig. Am Damm, und zwar an der Stelle der vorderen Analcommissur, war der Penis herausgetreten, ziemlich eingeschnürt, von entsprechender ödematöser Schwellung und blauroter Färbung. Von hier aus war es möglich, sich retrograd mit dem Finger an der Außenseite des Penis

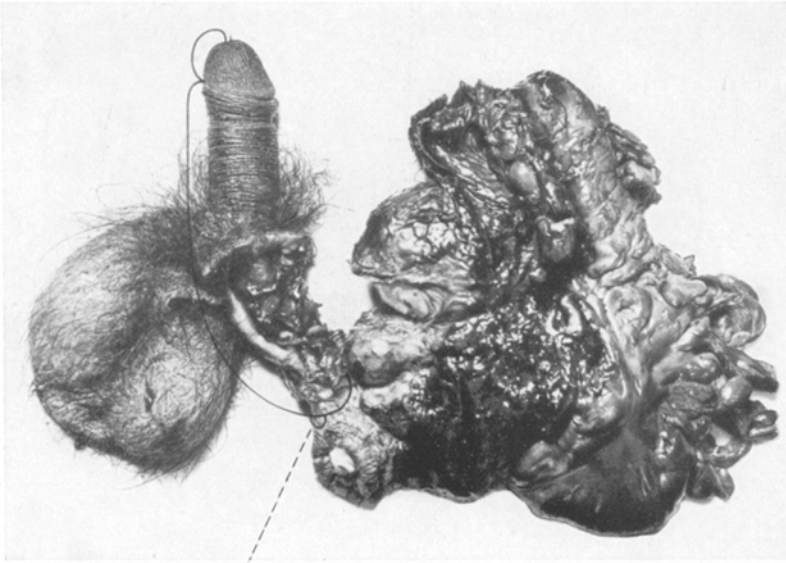


Abb. 2. Rekonstruktion des Vorganges an einem anderen Leichenpräparat. Die eingezeichnete Linie zeigt grobschematisch den Grad der Urethradilatation an. An der vorderen Analkommissur (im Winkel) liegt die vom Pat. gesetzte Perforationsstelle, durch die der Penis hindurchgezogen wurde.

bis an die Gegend des Trichters vorzutasten. Das Präputium saß als stark geschwollener Ring um die Glans und war in sich in der Gegend der Urethra für einen Finger durchgängig. Da der Anus nach eingehender Untersuchung als durchgängig befunden wurde, waren die Kliniker vor ein Rätsel gestellt. Auf wiederholtes Befragen wurde folgendes zugegeben: *aegrotus cum digito urethram valde dilatavit et vehementer masturbavit. Hanc masturbationem pene non erecto peregit, ut membrum post scrotum abiret. Deinde membrum in statum erectionis redegit et semen effudit, quod ei maximae libidini fuit.*

Diesen Vorgang übte er auch ante coitum, indem er sein eingestülptes Glied sprunghederartig vorschnellen ließ (Abb. 2). Die Einklemmung

seines Membrum erklärte der Patient damit, daß er eines Tages mit einem dilatierenden Instrument sich eine Wunde am Damm beigebracht, durch die er dann den eingestülpten Penis hervorgezogen hatte. Da ein stumpfer Repositionsversuch mißlang, wurde eine Spaltung des Dammes in sagittaler Richtung, ebenso des Scrotums und der Harnröhre vorgenommen (*Schmidt*). Dabei konnte festgestellt werden, daß die Urethra im ganzen Verlauf über daumenweit war und daß sich ein alter Weg zwischen der stark ausgebuchteten Pars membranacea der Urethra und der Schleimhaut-Hautgrenze am Anus vorfand, also Urethro-Perineal-Fistel. Die Grenze zwischen Urethralschleimhaut und Penishaut wurde (laut Operationsbericht) vermißt, so daß die Annahme einer *Hypospadie* gerechtfertigt erschien. Trotz zahlreicher, später erfolgter plastischer Operationen blieben an der Glans und an der Urethra-Perinealübergangsstelle (also an der vorderen Analcommissur) 2 Fisteln zurück, mit denen er entlassen wurde.

Bei der zweiten Aufnahme im November 1932 lagen ähnliche anatomische Verhältnisse vor, doch dieses Mal war eine Perforation des Rectums durch den angeblich erigierten Penis erfolgt, so daß dieser unzweifelhaft aus dem Anus hervortrat und vom Sphincter ani krampfhaft umschlossen wurde. Die von *M. Laesecke* ausgeführte Operation gestaltete sich infolge der Vernarbungen zu einem schweren Eingriff, der nach einer von ihm gezeichneten Skizze, die leider verlorenging, vorgenommen wurde. Durch Entfernung eines Streifens der enorm erweiterten Urethra in Längsrichtung sollte einem ferneren Mißbrauch vorgebeugt werden. Im hinteren Abschnitt der Urethra fand sich eine kolbenartige Erweiterung mit bohnen großen „zitzenartigen Vorsprüngen“, die in das Lumen der Urethra hineinragten. Die Entlassung erfolgte wiederum mit Fistelbildung an den ursprünglichen Stellen.

Der Patient hatte nämlich nach der 1. Entlassung durch Dilatation der Fistel eine erneute Einstülpung des Penis unter Zuhilfenahme eines Instrumentes durch diese Fistel zustande gebracht und sicher auch mit dem gleichen Instrument beim angeblichen Versagen der Erection eine Perforation des Rectums mit nachfolgendem Durchtreten des Penis verursacht. Die Perforation des Rectums soll dadurch entstanden sein, daß er noch mit Faustschlägen nachgeholfen habe. Auf diese Weise kam die Abschnürung durch den Sphincter zustande. Nach seinen eigenen Angaben soll die geschlechtliche Potenz bei erhaltener Libido nachgelassen bzw. zeitweise erloschen gewesen sein.

Kurze Zeit später, beim dritten (letzten) Krankenhausaufenthalt, trat der Tod infolge einer Sepsis ein, die ihren Ausgang von einer Thrombophlebitis der Beckenvenen genommen hatte. Bei der Sektion fand ich in diesem Zusammenhang eine frische Aortenendokarditis neben einer Mesaortitis syphilitica und multiple Abscesse im Gehirn.

Keine Paralyse, dagegen eine auch klinisch schon festgestellte *Tabes dorsalis*. Was das Genitale anbelangt, so konnte ich auch jetzt wieder eine über kastaniengroße Ausbuchtung in der *Pars membranacea* der Urethra feststellen, die sich als schlauchförmiges Gebilde im Sinne einer Vagina bis zur Peniswurzel hin allmählich verjüngte, aber auch noch mit der *Pars cavernosa* eine angemessene Dilatation bis zu der ursprünglichen, stark erweiterten Fistel an der Glans zeigte. Die Ausbuchtung dehnte sich nach hinten unter Verdrängung des rechten Prostatalappens etwas in die *Pars prostatica* hinein und nach vorn weitete sie die *Pars bulbosa*. Bulbus und Prostatalappen sind entsprechend abgeplattet. Der ganze hintere Abschnitt der Urethra erscheint wie ausgeschliffen, und am maximalsten Dehnungspunkt findet sich ein portioähnliches Gebilde, das den von den Klinikern als „zitzenartig“ beschriebenen Vorsprüngen entspricht. Im Centrum dieser Portioimitation liegt auch die Stelle der ursprünglichen Urethra-Verbindung mit dem Damm, die gleichzeitig eine Kommunikation mit der *Pars analis recti* bildet. Angrenzend daran, etwas oberhalb eine einmarkstückgroße Narbe im Rectum, die von der früheren Perforation her stammt.

Die histologische Untersuchung der Urethra (*Fr. Wohlwill*) zeigt in ganzer Ausdehnung verhornendes Plattenepithel, daneben unregelmäßige herdweise Hyper- und Parakeratose neben subepithelialen Entzündungsprozessen.

Der ganze Befund spricht dafür, daß der Patient seine Einstülpungsphänomene immer wieder vorgenommen hat. Eine Penisluxation lag nicht vor, denn sie setzt eine völlige Lösung der Haut vom Penis voraus, indem sich der Penis hinter das Scrotum oder unter die Bauchhaut in die Gegend der Symphyse verlagert (z. B. bei Kamel- und Hundebissen usw.¹).

Es liegt ein Krankheitsbild vor, das man zweckmäßig als „*involutio penis in urethram*“ bezeichnen kann, und ein masturbatorischer Vorgang, den man als „*autocohabitatio in urethram*“ ansprechen kann. Die ganze Form des hinteren Abschnittes der Urethra, die der Aufnahme des Penis diente, trägt einen vaginalähnlichen Charakter. Dahinzu kommt noch die Anpassung der *Pars membranacea* im Sinne einer Portioimitation.

Der Vorgang einer Autocohabitation darf nicht mit den von *Rohleder* als Autosexualismus und Automonosexualismus bezeichneten Krankheitsbildern verwechselt werden. Diese gehören in die Gruppe des Narzismus, während in dem vorliegenden Fall, wie die Vorgeschichte zeigt, der Mangel an geschlechtlicher Potenz (ausschweifendes Leben, frühes und langjähriges Masturbieren, *Tabes dorsalis*) zu dieser Er-

¹ *Garr, Küttner, Lexer*, Handbuch der praktischen Chirurgie. 4, 1291.

findung führte. Wahrscheinlich ist dieser Vorgang noch mit einer masochistischen Komponente verquickt.

Für die letztere Auffassung sprechen die von der geschiedenen Ehefrau erst kürzlich mir gegenüber gemachten Angaben.

Herrn Prof. Dr. *Hegler* und Herrn Dr. *Laesecke* sei dafür gedankt, daß sie diesen äußerst seltenen, wahrscheinlich sogar einzig dastehenden Fall zur Veröffentlichung zur Verfügung gestellt haben.

Aussprache zu Vorträgen, die nicht abgedruckt sind.

Aussprache zum Vortrag Böhmer (Thalliumvergiftung): Herr *van Calker*-Freiburg i. Br. berichtet über 3 Thalliumvergiftungen, die an der Freiburger Medizinischen Universitätsklinik rasch erkannt werden konnten, da bei allen fraglichen Krankheitserscheinungen spektralanalytische Untersuchungen von Urin, Stuhl usw. angestellt werden. Die Thalliumlinie 5535 AE fällt mit einer Calciumlinie zusammen; deshalb wird besser die Linie 3773 zum Nachweis verwendet.

Herr *Specht*-Jena hebt gleichfalls die hohe Bedeutung spektrographischer Untersuchungen hervor, die bei mangelndem chemischem Thalliumnachweis rasch und sicher Aufschluß geben.

Herr *Schneider*-Wien fragt nach dem Ergebnis der histologischen Untersuchung am Centralnervensystem bei dem berichteten Fall. Vom Vortragenden wird daraufhin mitgeteilt, daß in der Opticusgegend des Großhirns Veränderungen festgestellt wurden.

Herr *Schmitt*-Landau (Pfalz) hebt die praktische Bedeutung von auffallendem Haarausfall und Abmagerung für die Diagnostik unklarer Symptombilder hervor. An Hand einer einschlägigen Beobachtung wird geschildert, wie eine Vergiftung im Krankenhaus als *Landrysche* Paralyse diagnostiziert wurde und die Annahme eines natürlichen Todes die kriminelle Vergiftung zunächst übersehen ließ.

Herr *Körtke*-Hamburg schildert eine Thalliumvergiftung, die sich 1933 in Hamburg ereignete. Eine Mutter vergiftete mit Celiopaste ihren schwachsinnigen Sohn, der angeblich nur geschwächt und damit pflegebedürftig gemacht werden sollte. Die typischen Erscheinungen der Vergiftung führten zur Aufdeckung. Die Täterin wurde zu 10 Jahren Zuchthaus verurteilt. Der Sohn überstand zwar die Vergiftung, ist aber erblindet.

Herr *Künkele*-Bonn fordert schärfere Überwachungsmaßnahmen für den Handel mit Thalliumpräparaten. Die Geschmacklosigkeit der Celiopaste ist bereits allbekannt. Die Presse sollte angewiesen werden, über Eigenschaften von Giften nichts zu berichten.

Aussprache zum Vortrag Böhmer (Selbstmord durch Verbrennen): Herr *Nippe*-Königsberg betont unter Hinweis auf den Fall Tetzner, daß Fettembolien durch den Verbrennungsvorgang allein nicht erklärt werden.
